REDACTION des DIRECTIVES ANTICIPEES (DA) - Mode d'emploi pour le professionnel de santé

Rédaction Dr Laurent Dominguez – Mars 2014

Utilisation
Suivre les 4 phases :

- 1 Information (Contenu de l'information, quand, comment)
- 2 Ecriture des DA (Contenant, contenu, par qui, modèles)
- 3 Conservation des DA (Lieu, durée, prolongation)
- 4 Prise en compte des DA (Conditions, obligations, procédure collégiale)

PHASE ① INFORMATION

du patient par le professionnel de santé.

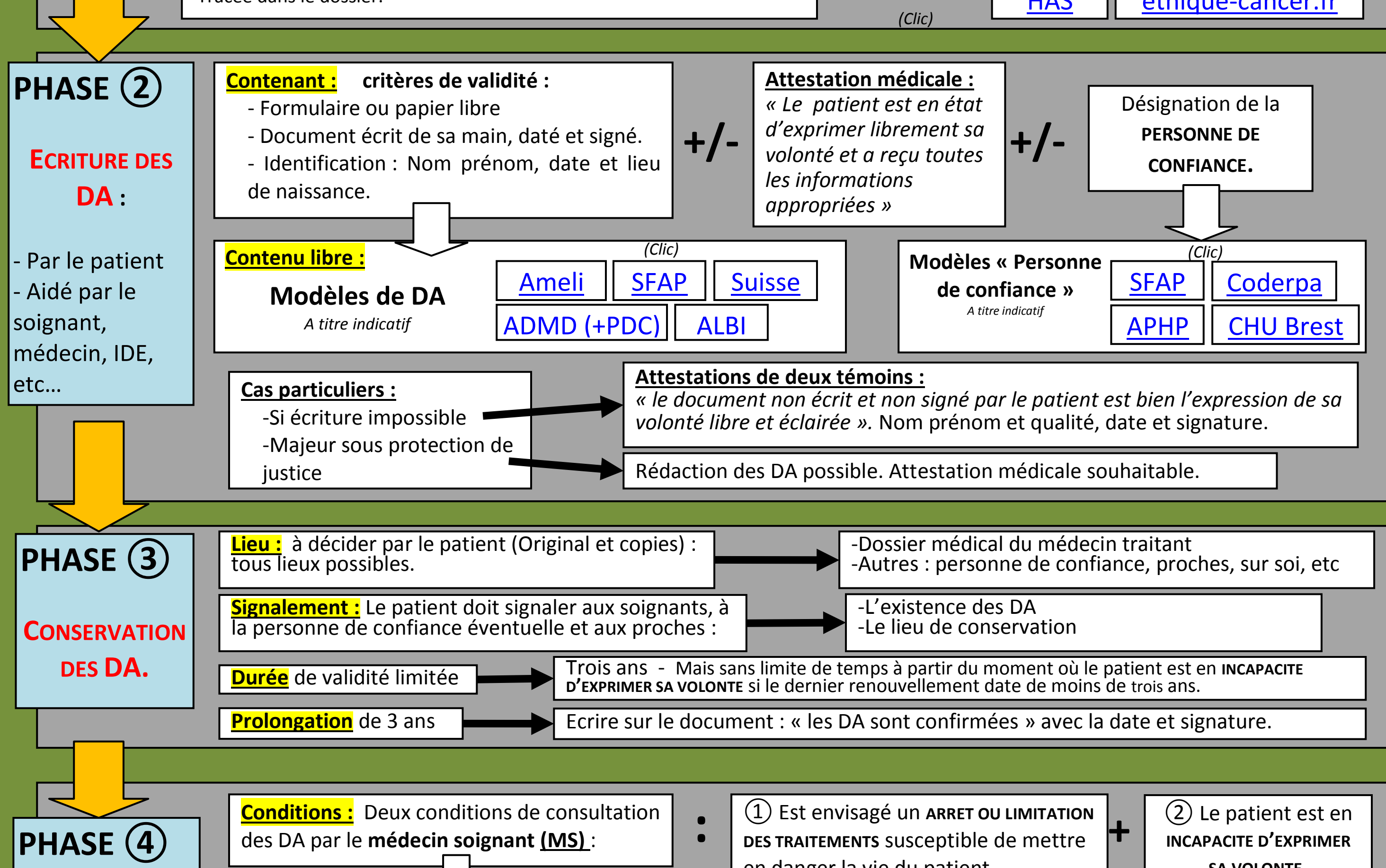
Contenu de l'information: **Informations principales à délivrer :**

- **Définition et Objectif :** Instructions écrites concernant les volontés du patient au cas où il serait en état **D'INCAPACITE D'EXPRIMER SA VOLONTE**: Volontés diverses mais surtout concernant **L'ARRET OU LIMITATION DES TRAITEMENTS** pouvant être considérés comme déraisonnables **en fin de vie**. Prise en compte de l'avis du patient pour éviter l'obstination déraisonnable (acharnement thérapeutique).
- **Informer sur les actes de traitements concernés :** Respiration artificielle, réanimation, alimentation artificielle, hydratation artificielle, examens complémentaires lourds, chirurgie, etc. (Cf. contenu des modèles de DA). **Ne sont pas concernés :** les soins de confort, soulagement de la douleur, etc. qui ne sont jamais arrêtés.
- **Informer du facteur temps :** de l'évolution prévisible ou possible de l'état de santé du patient (Pronostic), et l'évolution possible de ses souhaits; Validité des DA de 3 ans et possibilité de révocation ou de modification des DA selon ses volontés, à tout moment ; une nouvelle période de 3 ans débute alors. Ecriture des DA possible à tout moment, pour toute personne majeure.
- **Valeur consultative :** Les DA n'ont pas de force obligatoire pour le médecin (non opposabilité), mais celui-ci est obligé d'en tenir compte.
- **Articulation avec la Personne de Confiance et proches** : Les DA priment sur les avis des proches et de la personne de confiance. L'avis de la PDC prime lui-même sur l'avis des proches. Les DA permettent de les décharger de la responsabilité de certaines décisions difficiles à prendre.
- **Ce que les DA ne permettent pas :** Les DA ne peuvent pas autoriser les médecins à pratiquer l'euthanasie ou le suicide assisté.

Comment : L'information est :
- Progressive : délivrance à petite dose. Adaptée : au patient, à ses demandes d'info. Répétée si besoin.
- Evaluée : faire reformuler.
- +/- Intégrée dans une information plus globale sur les droits, dans le recueil systématique des préférences, des choix et consentement aux soins.
- Tracée dans le dossier.

Moment : Plusieurs possibilités :
- **Très précoce :** Avant tout pathologie grave
- **Précoce :** En début d'évolution d'une pathologie grave
- **Tardive :** Lors d'aggravation de la pathologie, ou de la phase de soins palliatifs.

Plus d'info : HAS | ethique-cancer.fr
(Clic)



PHASE ② ECRITURE DES DA :

- Par le patient
- Aidé par le soignant, médecin, IDE, etc…

Contenant : **critères de validité :**
- Formulaire ou papier libre
- Document écrit de sa main, daté et signé.
- Identification : Nom prénom, date et lieu de naissance.

+/-

Attestation médicale :
« Le patient est en état d'exprimer librement sa volonté et a reçu toutes les informations appropriées »

+/-

Désignation de la **PERSONNE DE CONFIANCE.**

Contenu libre :
Modèles de DA
A titre indicatif
(Clic)
Ameli | SFAP | Suisse | ADMD (+PDC) | ALBI

Modèles « Personne de confiance »
A titre indicatif
(Clic)
SFAP | Coderpa | APHP | CHU Brest

Cas particuliers :
- Si écriture impossible → **Attestations de deux témoins :** *« le document non écrit et non signé par le patient est bien l'expression de sa volonté libre et éclairée »*. Nom prénom et qualité, date et signature.
- Majeur sous protection de justice → Rédaction des DA possible. Attestation médicale souhaitable.

PHASE ③ CONSERVATION DES DA.

Lieu : à décider par le patient (Original et copies) : tous lieux possibles. → -Dossier médical du médecin traitant -Autres : personne de confiance, proches, sur soi, etc

Signalement : Le patient doit signaler aux soignants, à la personne de confiance éventuelle et aux proches : → -L'existence des DA -Le lieu de conservation

Durée de validité limitée → Trois ans - Mais sans limite de temps à partir du moment où le patient est en **INCAPACITE D'EXPRIMER SA VOLONTE** si le dernier renouvellement date de moins de trois ans.

Prolongation de 3 ans → Ecrire sur le document : « les DA sont confirmées » avec la date et signature.

PHASE ④ PRISE EN COMPTE DES DA

par le médecin qui soigne (MS) le patient en fin de vie.

Conditions : Deux conditions de consultation des DA par le **médecin soignant (MS)** :

① Est envisagé un **ARRET OU LIMITATION DES TRAITEMENTS** susceptible de mettre en danger la vie du patient.
\+
② Le patient est en **INCAPACITE D'EXPRIMER SA VOLONTE.**

Obligations du médecin soignant : Le MS doit :
- Rechercher l'existence de DA
- Organiser la **procédure collégiale**

← - A son initiative
- A la demande de la personne de confiance ou des proches

La procédure collégiale : les 3 étapes

a) Concertations :
- Information du détenteur des DA
- Lecture des DA et prise en compte de celles-ci
- Concertation avec l'équipe de soins (si existante)
- Avis d'un autre médecin : Médecin consultant **(MC)**
- Avis d'un 2ème MC possible si demande des MS et MC
- Avis de la personne de confiance, avis des proches.

→ **b) Prise de décision par le MS concernant L'ARRET OU LIMITATION DES TRAITEMENTS :**
- Décision motivée
- Décision, motivations et avis notés dans le dossier médical.

→ **c) Information** de la personne de confiance et des proches.